

UNIVERSITE DE MONTPELLIER

FACULTÉ DE MÉDECINE

N° 103

DES HÉMORRAGIES SURRÉNALES

DANS

LA MORT SUBITE

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue devant la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 31 Mai 1921

PAR

Xavier O'RORKE

Né à Saint-Servan (Ille-et-Vilaine), le 22 avril 1892

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Examineurs de la Thèse	{	BOSC, professeur, <i>Président</i> .	{	<i>Assesseurs</i>
		DUCAMP, professeur.		
		LEENHARDT, agrégé.		
		MARGAROT, agrégé		

MONTPELLIER

IMPRIMERIE FIRMIN ET MONTANE

Rue Ferdinand-Fabre et Quai du Verdanson

1921

DES HÉMORRAGIES SURRÉNALES

DANS

LA MORT SUBITE

UNIVERSITE DE MONTPELLIER

FACULTÉ DE MÉDECINE

N° 103

DES HÉMORRAGIES SURRÉNALES

DANS

LA MORT SUBITE

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue devant la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 31 Mai 1921

PAR

Xavier O'RORKE

Né à Saint-Servan (Ille-et-Vilaine), le 22 avril 1892

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Examineurs
de la Thèse

BOSC, professeur, *Président*.
DUCAMP, professeur.
LEENHARDT, agrégé.
MARGAROT, agrégé.

Assesseurs.

MONTPELLIER

IMPRIMERIE FIRMIN ET MONTANE

Rue Ferdinand-Fabre et Quai du Verdanson

1921



PERSONNEL DE LA FACULTE

Professeurs

Anatomie	MM. GILIS.
Histologie	VIALLETON.
Physiologie	GRYNFELTT
Physique médicale	HEDON.
Chimie biologique et médicale.....	IMBERT.
Botanique et histoire naturelle médicales.....	DERRIEN, <i>doyen</i> .
Anatomie pathologique	GRANEL.
Microbiologie	MASSABUAU.
Pathologie et thérapeutique générales.....	LISBONNE.
Pathologie interne	BOSC.
Thérapeutique et matière médicale.....	N...
Hygiène	VIRES.
Médecine légale et toxicologie.....	BERTIN-SANS (H.)
Clinique médicale	N...
Clinique chirurgicale	DUCAMP.
Clinique obstétricale	VEDEL.
Clinique des maladies mentales et nerveuses...	TEDENAT.
Clinique ophtalmologique	FORGUE, <i>assesseur</i> .
Clinique des maladies des enfants.....	VALLOIS.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie...	MAIRET.
Clinique gynécologique	TRUC.
Clinique d'oto-rhino-laryngologie	BAUMEL.
Clinique des maladies des voies urinaires.....	ESTOR.
	DE ROUVILLE.
	MOURET.
	JEANBRAU.

Honorariat

Doyens honoraires: MM. VIALLETON et MAIRET.

Professeurs honoraires: MM. E. BERTIN-SANS et RODET

Secrétaires honoraires: MM. GOT et IZARD

Chargés de Cours complémentaires

Clinique propédeutique de chirurgie.....	MM. RICHE.
Clinique propédeutique de médecine.....	RIMBAUD.
Clinique des maladies des vieillards.....	EUZIERE.
Clinique des maladies syphilitiques et cutanées.	MARGAROT
Médecine opératoire	SOUBEYRAN.
Pathologie chirurgicale	ETIENNE.
Accouchements	DELMAS (P.).
Pharmacologie	GALAVIELLE.
Matière médicale	CABANNES.
Stomatologie	WATON.

Agrégés en exercice

Médecine ...	{	MM. LEENHARDT.	Chirurgie.....	{	MM. RICHE.
		GAUSSEL.			ETIENNE.
		EUZIERE.			LAPEYRE.
		RIMBAUD.			DELMAS (P.)
		MARGAROT.			GALAVIELLE
Anatomie.....		DELMAS (J.)	Histoire natur.		CABANNES.
Chimie.....		MESTREZAT	Physique.....		PECH.

Examineurs de la thèse:

MM. BOSC, professeur, <i>président</i> .	MM. LEENHARDT, <i>agréé</i> .
DUCAMP, professeur.	MARGAROT, <i>agréé</i> .

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les dissertations qui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur et qu'elle n'entend leur donner ni approbation, ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MA MÈRE

A MON PÈRE

A MES SŒURS ET A MES FRÈRES

A MA FAMILLE

A MES AMIS

X. O'RORKE.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE
MONSIEUR LE PROFESSEUR BOSCH

Hommage respectueux.

A MON JURY DE THÈSE

A MES MAÎTRES
DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE DE RENNES
ET DE LA FACULTÉ DE MONTPELLIER

X. O'RORKE.

DES HÉMORRAGIES SURRÉNALES

DANS

LA MORT SUBITE

INTRODUCTION

Avant les hostilités nous avons été vivement frappé par l'importante place que l'insuffisance surrénale aiguë paraissait prendre dans la pathologie actuelle.

Les hasards d'une hospitalisation nous ont amené dans un hôpital de la région lyonnaise où, à côté de nous, un de nos camarades, légèrement blessé au maxillaire inférieur, mourut subitement et les circonstances de la mort furent telles que l'autopsie fut pratiquée. L'étonnement du major faisant l'autopsie fut grand lorsqu'il s'aperçut que ce malade avait succombé d'apoplexie surrénale.

C'est de cet incident que nous vint l'idée de faire les recherches faisant l'objet de ce modeste travail. Bien que cette question ait fait couler beaucoup d'encre, les cas de mort par apoplexie surrénale ne sont pas très nombreux dans la littérature médicale et nous n'avons pu en retrouver que dix-sept observations.

Les capsules surrénales qui avaient été découvertes dès le xvi^e siècle par Eustachie, ne préoccupèrent que peu les chercheurs, et nous devons arriver à 1837, pour trouver chez Raye, une timide hypothèse physiologique. Le mémoire d'Addison, en 1855, aborde le premier l'étude de leurs altérations.

Mais depuis cette époque, les mémoires se sont multipliés pour arriver jusqu'à l'important travail d'Oppenheim et Læper en 1912 et aux mémoires isolés plus récents de Weidmann (1917), de Luca (1917), de Pritchard (1918).

Et, après avoir essayé d'esquisser par l'apport d'observations, ce délicat tableau clinique, nous voulons marquer l'intérêt tout particulier de l'apoplexie surrénale en médecine légale.

La tuberculisation de la capsule surrénale qui pendant longtemps avait été considérée par beaucoup comme la seule lésion pathologique de cet organe, n'est pas seule en réalité et on doit tenir grand compte des hémorragies de cette glande. Hémorragies qui peuvent être très variables d'intensité car si chez les uns on ne trouve que de l'hyperhémie ou un très léger piqueté hémorragique microscopique, chez d'autres, au contraire, on se trouve en face d'un volumineux kyste hématique. Cette affection serait plutôt fréquente dans l'enfance (45 % des cas), au lieu qu'elle est très rare chez l'adulte chez qui l'on en compte à peine 1 % des cas.

Ayant recherché dans la littérature médicale les cas de mort subite par apoplexie surrénale, nous n'en avons trouvé qu'une vingtaine d'observations qu'il nous a paru intéressant de rapprocher du cas que nous avons pu observer.

Si ces hémorragies sont en général plus fréquentes chez l'enfant, du moins pour les lésions de petite importance, les volumineux kystes hématiques sont plutôt le propre de l'adulte et surtout du vieillard.

Arnaud, il y a quelques années, avait insisté sur ce fait et plus récemment Willemis et Goolmaghligh ont mis en lumière que, chez le vieillard, on trouvait une glande augmentée de volume avec un riche réseau artério-veineux dont la friabilité était augmentée.

Un autre fait plus difficile à expliquer a frappé les médecins s'étant occupés de la question, c'est la prédisposition

du sexe masculin et Arnaud s'appuyant sur les expériences de Frisco, pense que la raison doit se trouver dans un hyperfonctionnement des glandes surrénales chez l'homme à l'état physiologique.

Un fait intéressant frappe dans l'étude des causes de ces apoplexies surrénales, c'est la fréquence de lésions du système nerveux et, en effet, nous remarquerons dans l'énoncé des observations, le nombre relativement grand de malades porteurs de lésions du névraxe succombant de cette sorte.

A côté, nous devons encore indiquer comme circonstance étiologique, le traumatisme qui, d'ailleurs, ne peut agir que difficilement si l'on étudie la position anatomique de la glande.

ETUDE CLINIQUE

Le tableau clinique de l'apoplexie surrénale est assez difficile à décrire avec précision et, pour la commodité de l'exposition, nous distinguerons, comme l'a fait Arnaud, dans son étude sur les hémorragies capsulaires, trois types nettement distincts.

1° Le type toxique ou d'insuffisance surrénale;

2° Le type péritonéal;

3° Le type nerveux « syndrome apoplectiforme surrénal ».

Le troisième type est de beaucoup le plus fréquent et les deux premiers beaucoup plus rares, ne paraissent concerner à peine qu'un tiers des cas.

A côté de l'appellation d'insuffisance aiguë donnée par Sergent, celle d'Arnaud nous paraît plus heureuse et les raisons qui ont dicté son choix sont si judicieuses et exposées d'une façon tellement impeccable, que nous nous croyons autorisés à les reproduire sans les modifier.

« Ce syndrome apoplectiforme surrénal, dans lequel une hémorragie capsulaire vient comprimer ou irriter les nerfs ou les ganglions de plexus solaire, ce cerveau abdominal de Bichat, mérite d'être rapproché du syndrome apoplectique cérébral, résultat d'une hémorragie centrale par la communauté des accidents ou de leur mode de production.

Un sujet en pleine santé ou dans le cours d'une maladie

quelconque et sans importance est subitement frappé de syncope ou de coma, avec ou sans convulsions et succombe en quelques minutes ou quelques heures, sans que rien dans l'examen des urines, dans l'état du système nerveux ou des viscères ait pu expliquer la mort.

A l'autopsie, tous les organes examinés sont reconnus sains; la seule lésion viscérale constatée est une hémorragie volumineuse des capsules surrénales. Dans un certain nombre des observations relatées plus loin, nous trouvons ce syndrome dans toute sa pureté et dans deux cas au moins l'apparition de crises épileptiformes montrera l'existence de liens plus étroits avec l'apoplexie cérébrale.

Le syndrome péritonéal peut se manifester par l'apparition d'une douleur abdominale très vive avec des vomissements, du météorisme, collapsus, hypothermie et mort rapide. Dans l'observation de Mattei, nous trouverons au complet cet émouvant tableau clinique.

Dans le deuxième type, la mort survient au milieu de signes d'empoisonnement (observations de Virchow, de Kohler) où dominant des nausées, de la diarrhée, intolérance gastrique et même profuses; d'autrefois, les symptômes typhoïdiques occupent le premier plan.

Que l'on ait affaire à l'un de ces trois types, c'est qu'il n'existe jamais rien pouvant faire songer à la véritable origine surrénale de l'accident.

Le syndrome d'Addison n'est même pas ébauché et il n'existe pas plus de mélanodermie que d'asthénie, ni hypotension artérielle, ni amaigrissement.

OBSERVATIONS

Les premières observations remontent à 1900, époque à laquelle Arnaud en relata une quinzaine de cas parmi lesquels nous n'avons cru devoir n'en rapporter que deux.

Depuis cette époque-là, Laignel-Lavastine en a publié deux cas en 1901 et 1909, Vigouroux en 1906, Molin de Teyssieu en 1913, Fourchivier en 1912, Zuccolo en 1913 et plus récemment Mastien 1915, De Luca et de Weichmann en 1917, Pritchard en 1918.

OBSERVATIONS I ET II

(Wirchow)

Deux observations de mort rapide avec symptômes typhoïdiques.

A l'autopsie, l'inflammation des deux capsules surrénales était la lésion principale.

OBSERVATION III

(Kochler)

Mort rapide avec symptômes typhoïdes. Mêmes lésions.

OBSERVATION IV

(Mattéi) (Résumée)

H..., 60 ans, entre à l'hôpital pour des ulcères aux jambes. Peu de temps après son arrivée, il fut pris de douleurs très vives dans le bas-ventre et mourut au bout de vingt-quatre heures.

A la nécropsie, comme seules lésions, on constatait celle des capsules surrénales toutes les deux augmentées de volume: la droite (12 grammes), la gauche (16 grammes).

Les deux capsules formaient de véritables poches sanguines dont l'enveloppe était rouge vif. Le caillot était entouré par la substance corticale laquelle, ainsi refoulée, s'était séparée de la substance médullaire et circonscrivait l'épanchement hémorragique.

OBSERVATION V

(Rayer) (Résumée)

F..., 68 ans, entre à l'Hôpital pour bronchite double, prétend avoir eu des hématuries il y a quelques années, douleur à la pression de la région lombaire droite, teint olivâtre, mort rapide quarante-huit heures après son arrivée.

A l'autopsie, hémorragie des deux capsules surrénales avec un seul foyer dans chaque capsule. La cavité est remplie de sang noirâtre semblable à du résiné.

OBSERVATION VI

(Goodhart) (Résumée)

H... est atteint d'emphysème pulmonaire, mort subite.
Hypertrophie et hémorragies des capsules surrénales;

épaississement et congestion de tous les ganglions du sympathique.

OBSERVATION VII

(Maltet) (Résumée)

H., 73 ans. Bronchite; mort rapide après un délire de quelques heures, suivi de coma.

A l'autopsie, on se trouve en présence d'une capsule surrénale volumineuse (14 gr. 5), transformée en une cavité pleine de sang. Le tissu conjonctif péri-capsulaire offre de nombreux petits extravasats sanguins.

Il existe des concrétions calcaires dans les carotides internes, l'aorte thoracique.

OBSERVATION VIII

(Hervey) Résumée)

Enfant de dix jours mort subitement.

A l'autopsie, on se trouve en présence d'un épanchement sanguin occupant toute la cavité abdominale. La capsule surrénale gauche offrait dans sa partie médullaire une coloration rougeâtre, la droite avait le volume d'une grosse noix.

La substance médullaire était remplie d'un coagulum sanguin et sur la face péritonéale on constatait une déchirure d'environ 1 centimètre et demi.

Enfin, dans les fosses cérébelleuses, il y avait aussi un épanchement sanguin qui se continuait dans le canal rachidien.

En interrogeant la mère avec plus de précision, on sut

que le lendemain de sa naissance, cet enfant était tombé du lit de sa mère pendant qu'elle l'emmaillotait.

OBSERVATION IX

(Arnandet)

Entre à l'Hôtel-Dieu de Marseille pour brûlure étendue du membre supérieur gauche.

Mort rapide le onzième jour au milieu d'accidents qui firent soupçonner un empoisonnement.

Etat syncopal, vomissements, hypothermie, collapsus cardiaque.

A l'autopsie, on trouve seulement des lésions des capsules surrénales.

La droite présente, à la partie moyenne de la face externe, un foyer hémorragique du volume d'un pois, arrondi, légèrement saillant à la surface.

Sur la coupe, le sang occupe la partie centrale de la capsule et s'étend en nappe dans les parties inférieures.

On n'y constatait aucune altération régressive du sang, pas de traces de réaction inflammatoire des parties voisines, ni d'organisation du caillot.

La capsule gauche était normale à l'examen histologique et présentait seulement de la dilatation vasculaire très marquée en certains points.

Dans les trois premières observations, nous avons trouvé la mort subite au milieu d'accidents typhoïdes; dans les quatre suivantes, au cours d'affections de peu de gravité; dans l'observation VIII, c'est un traumatisme insignifiant qui paraît avoir été la cause initiale de cette apoplexie surrénale. Enfin pour l'observation IX, l'interprétation en est difficile et l'apoplexie surrénale ne paraît être qu'un effet plutôt qu'une cause.

Dans une seconde partie, nous allons exposer les cas où ont été notés des troubles nerveux soit antérieurs, soit contemporains et enfin, dans une dernière partie, nous nous occuperons des cas plus rares où rien dans l'histoire antérieure du malade nous permet d'y trouver une cause.

OBSERVATION X

(Molin de Teyssieu).

C..., âgée de 48 ans, présentait depuis quelques temps déjà des symptômes de démence et fut internée le 15 octobre 1913, à l'Asile de Château-Picon.

En sortant du bain de propreté, la malade pâlit brusquement et s'affaisse; elle revint à elle presque aussitôt et conduite à l'infirmerie, mourait quelques instants après son arrivée.

On ne trouve rien du côté des viscères.

Seule, la surrénale gauche est repliée et cavitaire. La droite est bombée et du volume d'un petit œuf de poule; il y a autour une zone d'infiltration sanguine, elle est gonflée de sang liquide qui s'échappe en jet lorsqu'on l'ouvre.

L'examen histologique du cerveau montra qu'on se trouvait en présence d'un cas de paralysie générale progressive.

OBSERVATION XI

(Laignel-Lavastine et Fray)

P..., 32 ans, entre à l'Hôpital, le 30 avril 1909.

Depuis le 26 février dit souffrir beaucoup des reins, ces douleurs lui remontaient au cou et l'étouffaient. Il cesse de

travailler et son état s'aggrave rapidement. On peut bientôt porter chez lui le diagnostic de syphilis cérébrale.

Le malade refusant de manger, on doit le nourrir à la sonde.

Le 30 avril, vers 11 heures du matin, le malade est plus prostré que d'habitude; il est pâle; il a les pommettes un peu colorées. On lui passe la sonde avec difficulté. Comme d'habitude, il retient momentanément sa respiration, tandis qu'il fait des efforts pour rejeter la sonde.

On se hâte de mettre un peu de lait dans l'entonnoir, mais le liquide ne passe pas et le malade étant plus cyanosé, on juge prudent de remettre à l'après-midi une nouvelle tentative.

Le malade reste immobile, la cyanose disparaît; il respire bien.

Dix jours plus tard, le malade s'était cyanosé, la respiration avait cessé; il venait de mourir subitement.

Autopsie. — Congestion de tous les viscères.

Lésions spécifiques habituelles de l'encéphale.

Les surrénales de volume, de poids et de configuration extérieure à peu près complètement normales présentent, sur des coupes vertico-transversales, un aspect différent à droite et à gauche.

A droite, on met en évidence une hémorragie occupant le centre des deux tiers inférieurs de la coupe.

Hémorragie envoyant des prolongements jusqu'à la capsule fibreuse.

A gauche de cette même glande, au contraire, l'hémorragie s'épuise assez vite et 5 millimètres au-delà elle a complètement disparue.

La glande surrénale gauche est indemne.

OBSERVATION XII

(Vigouroux et Collet)

L. G..., 50 ans. Entre le 21 janvier 1905 à l'Asile de Vaucluse.

Asymétrie faciale, inégalité pupillaire, tremblement intensé de la langue et des mains, de l'exagération des réflexes rotuliens.

Hallucinations de la vue et de l'ouïe.

De plus, il présente des signes d'insuffisance hépatique : hypoazoturie, urobilinurie, glycosurie alimentaire.

En face de ces divers symptômes, on admet le diagnostic d'accès subaigu de délire appartenant à l'alcoolisme chronique.

Le 25 février 1905, le malade a une attaque épileptiforme. Les convulsions débutent à gauche et prédominent de ce côté. Au bout de quelques heures, L... reprend connaissance ; il garde un état de légère contracture du côté gauche. Le lendemain, la motilité est complètement revenue.

Deux jours après l'ictus, le malade est de nouveau très agité ; on le place dans une chambre d'isolement.

Le 3 mars au matin, on le trouve inanimé, dans un coma profond. Il succombe quelques instants après.

Autopsie. — L'état du cerveau et des méninges qui ne sont pas congestionnés, n'est pas celui que l'on observe ordinairement à l'autopsie des paralytiques généraux qui ont succombé à un ictus au début de leur maladie.

Les capsules surrénales sont volumineuses et fermes.

Elles pèsent : la droite, 15 grammes ; la gauche, 20 grammes. Dans chacune d'elles on trouve du parenchyme qui

est congestionné, une masse noire à contours irréguliers qui est un volumineux caillot sanguin.

OBSERVATION XIII

(Valleix)

Enfant de sept jours, mort après deux courtes convulsions et des symptômes d'asphyxie.

Hémorragies des deux capsules surrénales très volumineuses; la gauche est du volume d'un œuf de poule.

OBSERVATION XIV

(Parrot)

Fille âgée de deux jours. Convulsions, coma avec contracture des membres, mort en vingt-quatre heures.

La capsule surrénale droite qui a des dimensions considérables, est distendue par un énorme caillot brun. Celle du côté gauche est aussi le siège d'un épanchement sanguin mais beaucoup moins important.

OBSERVATION XV

(Parrot)

Garçon de quinze jours. Muguet, convulsions tétaniformes, strabisme divergent, trismus qui cesse par intermittence et raideur des membres inférieurs. Mort en quelques heures. Hémorragie considérable de la capsule surrénale gauche qui s'est rompue à la partie supérieure et a donné

issue à un épanchement sanguin en nappe dans le tissu cellulaire sous-péritonéal.

OBSERVATION XVI

(Arnaud)

Homme âgé de 36 ans, est apporté sans connaissance à l'Hôtel-Dieu de Marseille où il meurt au bout de quarante-huit heures.

Tous les viscères furent trouvés sains.

Les capsules surrénales seules étaient le siège l'une et l'autre d'une grosse tumeur hémorragique pesant: la droite, 28 gr. 5; la gauche, 48 grammes.

Celle-ci formait une grosse masse irrégulière, ovoïde, blanchâtre et dure en avant, molle en arrière et rougeâtre. L'atmosphère celluleuse qui environne l'organe s'en détachait facilement en avant; en arrière, elle lui était intimement adhérente.

OBSERVATION XVII

(Laignel-Lavastine)

Le 9 décembre 1901, entre à l'Hôpital de la Pitié, L. X..., âgé de 46 ans, tombé sans connaissance dans la rue à 7 heures du matin, comme il allait à son travail.

Vers 3 heures de l'après-midi, ce malade dans le coma a la face, les lèvres, les mains et les pieds cyanosés et froids.

Mort en quatre heures.

A l'autopsie, on constate seulement un léger degré de congestion de tous les viscères.

Seules les glandes surrénales sont gravement lésées. La

droite, rouge, globuleuse, mesure $60 \times 50 \times 30$; la gauche $65 \times 30 \times 15$.

Sur une série de coupes perpendiculaires, la droite présente un foyer hémorragique qui a complètement détruit la substance médullaire, la gauche, quelques hémorragies apoplectiformes.

OBSERVATION XVII

(Friedler)

Enfant de cinq jours, d'apparence vigoureuse, mort en quelques minutes, le corps enflé avec dyspnée intense.

A l'autopsie, épanchement sanguin sous la plèvre pariétale droite.

La capsule surrénale droite forme une tumeur de la grosseur d'un œuf de poule.

L'épanchement sanguin, d'abord intracapsulaire avait fini par se répandre dans le tissu cellulaire sous-péritonéal, repoussant le rein.

OBSERVATION XIX

(Personnelle)

L. R..., 28 ans, avait été évacué sur l'ambulance le 26 mars 1917, pour fracture du maxillaire inférieur par balle.

La plaie de ce malade suivait une évolution heureuse et la fracture paraissait consolidée lorsque, le 4 mai, à la visite du matin, il se plaignit d'étouffements.

Le major l'examina soigneusement, et un examen somatique ne démontra rien de pathologique.

Deux heures après, le malade était dans le coma le plus complet avec cyanose très marquée et hypothermie assez notable. Il mourait à 1 heure de l'après-midi.

A l'autopsie, on trouva une légère congestion de tous les viscères.

Seules, les glandes surrénales étaient augmentées de volume, surtout la droite qui était de la grosseur d'un gros œuf de poule.

Macroscopiquement, on s'aperçoit que la substance médullaire a complètement disparu et qu'il ne reste qu'une mince couche de 2 à 3 millimètres d'épaisseur formant la poche d'un kyste hydatique.

Dans cette poche, on ne peut reconnaître la forme ni la couleur de la capsule surrénale.

Vu les circonstances dans lesquelles fut faite l'autopsie, il ne put être pratiqué d'examen microscopique.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Peu fréquemment des cas d'apoplexie surrénale ont pu être étudiés au point de vue anatomo-pathologique et c'est à la rareté des hémorragies massives que nous devons en attribuer la cause. Les lésions, dans la plupart des cas (3/5) sont bilatérales, mais la glande surrénale droite paraît être plus touchée que la gauche.

Leur volume est variable et peut aller de celui d'un œuf de poule à celui qu'atteint la capsule dans le cas de Rayer.

La coloration de la tumeur est plus ou moins foncée, suivant la date de l'épanchement sanguin et fréquemment, comme le signalait Arnaud dans son premier travail sur la question, il arrive de trouver, dans son épaisseur, des caillots récents à côté d'épanchements sanguins plus anciens.

Habituellement, c'est au centre de la capsule que se trouvent les hémorragies qui, dans le plus grand nombre de cas, sont dues à la rupture d'une des branches de la veine capsulaire, dans l'épaisseur de la substance médullaire où, selon Arnaud, le long de la nervure conjonctivo-vasculaire centrale.

Le sang peut s'amasser dans une partie centrale de l'organe, en refoulant, à la périphérie, la substance corticale qu'il infiltre dans certains cas. Enfin, parfois, il distend

tellement la capsule surrénale que celle-ci éclate et le sang épanché se répand dans la cavité péritonéale.

Les transformations régressives du caillot sont difficiles à être observées, la mort subite étant habituellement la conséquence de la sidération de la glande. Si parfois elles ont été observées, comme dans deux des observations que nous rapportons ici, elles sont à peine ébauchées.

PATHOGENIE

Nous n'insisterons pas ici très longuement sur la pathogénie des faits que nous venons d'étudier.

Cette étude a déjà été magistralement dressée par Arnaud qui nous dit :

« Toutes les causes de stase dans le système de la veine cave inférieure, peuvent amener une congestion passive des capsules, susceptible de produire elle-même une augmentation de volume de la glande et une rupture de ses vaisseaux capillaires ».

L'hémorragie peut être la conséquence d'une congestion active de l'organe ou le résultat d'une action réflexe vasomotrice.

Le mécanisme de la mort est plus intéressant et ici l'on se trouve en présence de deux théories.

La première est la théorie toxique de Brown-Séquard.

Ici la mort serait fonction de l'intoxication suraiguë due soit à la suspension brusque et totale de la sécrétion antitoxique de la glande soit, au contraire, une suractivité fonctionnelle.

La deuxième est la théorie nerveuse d'Addison.

La mort serait alors due à la compression des ganglions semi-lunaires pris entre la tumeur et le rachis.

Du ganglion semi-lunaire partirait alors par la voie du système vaso-sympathique abdominal un réflexe d'inhibition à action bulbaire.

L'APOPLEXIE SURRENALE EN MEDECINE LEGALE

La cause de mort subite est une des questions posées le plus souvent au médecin légiste et il est aussi une des plus délicates à élucider.

Il est difficile de préciser les signes positifs permettant cliniquement de voir l'apoplexie surrénale comme cause de mort subite et à cet effet nous renvoyons à la description du tableau clinique que nous avons essayé d'esquisser plus haut.

Les malades finissent habituellement par une syncope à la fois cardiaque et respiratoire.

Mais il est tout de même délicat d'affirmer cette cause devant un tableau clinique vague et imprécis et seul l'examen minutieux du cadavre pourra nous donner une affirmation.

Pour cela, l'autopsie doit être conduite méthodiquement et la méthode de l'éviscération totale de Letulle nous paraît la meilleure. Elle permet d'aborder les capsules surrénales par leur face postérieure, de les trouver dans leurs rapports anatomiques normaux et ainsi à la simple inspection, on peut noter toute lésion importante.

Un examen macroscopique et microscopique doit être fait, car certaines hémorragies apoplectiques pourraient passer inaperçues au premier examen.

CONCLUSIONS

I. — Dans tout cas de mort subite à origine inconnue, on doit penser à une hémorragie massive de la capsule surrénale.

II. — Son tableau clinique est celui de l'insuffisance surrénale aiguë.

III. — Le mécanisme de la mort paraît être expliqué par la production d'un réflexe inhibitoire à point de départ solaire.

IV. — A toute autopsie de malade mort subitement de cause inconnue, un examen détaillé macroscopique et microscopique des glandes surrénales doit être fait.

BIBLIOGRAPHIE

- ACHARD. — Mort subite dans la tuberculose de la capsule surrénale. *Bul. Soc. méd. hôp.*, 1900, p. 472.
- ARNAUD. — Les hémorragies des capsules surrénales. *Archives générales de médecine*, 1900, p. 1.
- CHARVIN et LANGLOIS. — Hémorragie expérimentale des capsules surrénales. *Société de biologie*.
- FOURCHIVIER. — Inondation péritonéale mortelle d'origine surrénale chez un nouveau-né. *Journal des sciences médicales de Lille*, 1912.
- GOOLSART. — Mort subite, hémorragie des surrénales. *Soc. Atlas of pathol.*, 1871.
- LAIGNEL-LAVASTINE. — Hémorragie des glandes surrénales. *Société anatomique de Paris*, décembre 1901.
- et FAY. — Mort subite par hémorragie surrénale au cours de la paralysie générale. *Société de psychologie*, 1909.
- MATTEI. — Recherches sur l'anatomie normale et pathologique des capsules surrénales et considérations sur l'apoplexie de ces organes et la maladie d'Addison. *Gazette hebdomadaire*, 1864.
- MOLIN DE TEYSSIEU. — Apoplexie surrénale chez une paralytique générale. *Gazette hebdomadaire des sciences médicales de Bordeaux*, 1913.
- PETIT. — Le cerveau et l'appareil surrénal. *Thèse Paris*, 1909.

SERGENT. — L'insuffisance surrénale en pathologie. *Journal médical français*, 1913.

VIEILLE. — Le traumatisme léger cause de la mort subite dans les affections organiques du système nerv. *Thèse Lyon*, 1902.

VIGOUROUX et COLLET. — Hémorragie bilatérale des capsules surrénales chez un paralytique général. Mort subite. *Société d'anatomie*, 1906.

VILLEMS et GOOLMAGHLIGH. — Lésions traumatiques et tuberculeuses des capsules surrénales. *Société de chirurgie*, 1919.

ZUCCOLO. — Sur un cas d'apoplexie surrénale. *Gazetta medica italiana*, Turin, 1913.

Vu et permis d'imprimer,
Montpellier, le 27 mai 1921.
Le Recteur,
Jules COULET.

Vu et approuvé,
Montpellier, le 27 mai 1921.
Le Doyen,
E. DERRIEN.

SERMENT

En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes chers condisciples, et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Etre suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque!
